

Caso para diagnóstico / *Case for diagnosis*

Luciane Nardi Comunello

Rodrigo Pereira Duquia

Hiram Larangeira de Almeida Jr

HISTÓRIA DA DOENÇA

Paciente de 78 anos, do sexo feminino, fototipo III de Fitzpatrick, apresentou há um ano lesão no segundo quirodáctilo direito, com sangramento eventual. História médica pregressa sem particularidades. Não fazia uso de nenhuma medicação sistêmica. Negava trauma, alterações cutâneas prévias (como verrugas ou psoríase), imunossupressão ou exposição à radiação ou química. Usou cremes de antibiótico, com melhora parcial, mas sem resolução.

Ao exame, apresentava onicólise e lesão nodular, erosada, com bordas hiperkeratóticas, no leito ungueal do segundo quirodáctilo direito (Figura 1). Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, sem linfadenopatias axilares palpáveis nem outras anormalidades. Radiografia pulmonar e do dígito acometido sem alterações.

O exame histopatológico revelou proliferação escamosa atípica com extensão ao derma, apresentando linfocitose adjacente acentuada (Figura 2).

COMENTÁRIOS

As hipóteses clínicas estabelecidas foram de granuloma piogênico, carcinoma epidermóide, melanoma amelanótico e queratoacantoma.

O diagnóstico final foi obtido pela histopatologia e confirmou carcinoma epidermóide (CEC) subungueal. Foi realizado tratamento cirúrgico conservador, sem amputação, com boa evolução. A análise histopatológica mostrou margens livres, no pós-operatório, e não há sinais clínicos de recidiva após 10 meses de acompanhamento.

O CEC subungueal é tumor maligno raro, de apresentação variável e curso indolente, e que, muitas vezes, é confundido com outras lesões benignas, levando a uma hipótese diagnóstica incorreta, o que atrasa o diagnóstico definitivo e dificulta o tratamento.¹ Por isso, recorrentemente, é enfermidade subdiagnosticada, havendo poucos relatos de caso na literatura, sendo apenas três artigos latino-americanos, nenhum dos quais brasileiro.

Ocorre, principalmente, nos quirodáctilos² de homens após a quinta década.

Na maioria dos casos, apresenta-se como lesão circunscrita, de superfície vegetante, que se estende do leito ungueal às laterais e à borda livre da unha. Ocorre onicodistrofia pelo acometimento da matriz, e pode haver paroníquia, discromia, ulceração, sangramento e dor.²



FIGURA 1: Lesão nodular, erosada, com bordas hiperkeratóticas, no leito ungueal do segundo quirodáctilo direito, com onicólise secundária

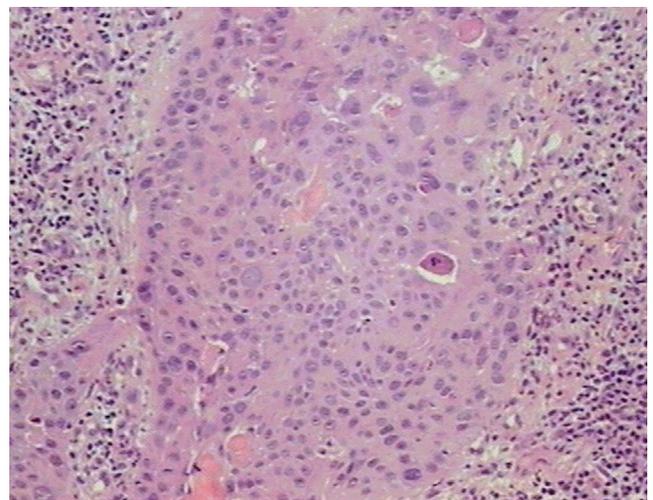


FIGURA 2: Proliferação escamosa atípica com disqueratose e inflamação crônica (HE 100x)

O diagnóstico diferencial depende da apresentação e inclui paroníquia crônica, granuloma piogênico, verruga vulgar, onicomicose, psoríase, exostose subungueal e melanoma.¹⁻³ Outros diagnósticos de difícil diferenciação são o queratoacantoma, que pode apresentar achados clínicos, radiológicos e histológicos semelhantes, e os CECs metastáticos, que são extremamente raros e ocorrem na seqüência do câncer de pulmão e esôfago.^{1,3}

A etiologia do CEC subungueal não é conhecida, mas há vários fatores implicados na fisiopatogenia da doença, como trauma, infecção crônica, imunossupressão, exposição a arsênico, coaltar ou radiação, e distúrbios genéticos, como disceratose e epidermólise bolhosa congênita.² O CEC subungueal tem sido associado, também, a alguns tipos de HPV (16, 26, 34, 35, 56), sugerindo provável auto-inoculação, a partir da região anogenital, especialmente em imunossuprimidos.^{1,2}

O tratamento de escolha para lesões iniciais, sem comprometimento ósseo, é a cirurgia micrográfica de Mohs.⁴ Se há evidências radiológicas de envolvimento ósseo, está indicada amputação da falange distal ou do dígito acometido.^{2,4} Outros tratamentos descritos são a terapia fotodinâmica e o laser de dióxido de carbono, para tumores *in situ*, tipo doença de Bowen, e a radioterapia, especialmente no caso de tumores não ressecáveis.⁴

No caso descrito, optou-se pela cirurgia conservadora, por não haver comprometimento ósseo, e pela dificuldade de realização da cirurgia de Mohs no Brasil. A possibilidade de tratamento cirúrgico efetivo e menos mutilante depende do diagnóstico correto e precoce desse tipo de tumor. Para isso, é preciso alto grau de suspeição e investigação de todas as alterações ungueais crônicas, que não respondem aos tratamentos indicados. □

REFERÊNCIAS

1. High WA, Tyring SK, Taylor RS. Rapidly enlarging growth of the proximal nail fold. *Dermatol Surg.* 2003; 29: 984-6.
2. Nasca MR, Innocenzi D, Micali G. Subungual squamous cell carcinoma of the toe: Report on three cases. *Dermatol Surg.* 2004; 30: 345-8.
3. Dobson CM, Azurdia RM, King CM. Squamous cell carcinoma arising in a psoriatic nail bed: case report with discussion of diagnostic difficulties and therapeutic options. *Br J Dermatol.* 2002; 147: 144-9.
4. Peterson SR, Layton EG, Joseph AK. Squamous cell carcinoma of the nail unit with evidence of bony involvement: A multidisciplinary approach to resection and reconstruction. *Dermatol Surg.* 2004; 30:218-21.

* Trabalho realizado no Serviço de Residência Médica de Dermatologia da Santa Casa de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil.

Luciane Nardi Comunello

Dermatologista da Santa Casa de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brasil.

Rodrigo Pereira Duquia

Internista e Dermatologista da Santa Casa de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brasil.

Hiram Larangeira de Almeida Jr

Professor Adjunto de Dermatologia da Universidade Federal de Pelotas e do Mestrado de Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas - Pelotas (RS), Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Luciane Nardi Comunello

Rua Carlos Nelz, 35 - apt 204

95670-000 - Gramado - RS

E-mail: lucomunello@hotmail.com

Prezado(a) colega,

A seção "Qual o seu Diagnóstico?" procura apresentar casos clínicos que possam vir a questionar o diagnóstico final da doença. Se você tem algum artigo que se enquadre nesta seção, contribua com os Anais Brasileiros de Dermatologia, enviando-o para o nosso endereço:

Av. Rio Branco, 39 / 18º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20090-003